

La hormonoterapia reconstitutiva exige un enfoque personalizado

La hormonoterapia reconstitutiva (HR) surgió hace varios años para aliviar los síntomas que produce la menopausia. También se ha informado de que disminuye el riesgo de padecer de varias enfermedades crónicas, como la osteoporosis, el cáncer de colon y recto y la depresión, y que puede tener un efecto protector contra la demencia y el deterioro cognoscitivo en mujeres posmenopáusicas. La HR, sin embargo, también se ha visto asociada con el aumento del riesgo de cáncer de mama, de accidentes vasculares encefálicos y de tromboembolias venosas. Un reciente estudio aleatorizado controlado demostró que existe un mayor riesgo de padecer enfermedad cardíaca coronaria asociado con el empleo de la HR.

El objetivo de este trabajo fue evaluar los daños y beneficios asociados con el uso prolongado de la HR combinada en mujeres con diferentes niveles iniciales de riesgo de padecer de cáncer de mama. Para ello se llevó a cabo un análisis probabilístico de decisiones clínicas sobre los daños y beneficios de la HR combinada —consistente en el consumo de estrógeno y progesterona— en mujeres británicas blancas de 50 años de edad con o sin síntomas de menopausia que habían utilizado HR combinada durante cinco años, según la información validada disponible.

Se empleó la ganancia neta de años de vida ajustados por calidad (AVAC) para calcular el impacto de cada uno de los parámetros medidos (beneficios: alivio de síntomas menopáusicos, prevención de fracturas de cadera, y reducción del riesgo de padecer de cáncer de colon, recto y endometrio; daños: aumento del riesgo de padecer de cáncer de mama, cardiopatía coronaria, embolia pulmonar y accidente cerebrovascular).

El modelo de beneficio neto se basó en la ecuación *beneficio neto* = (*nivel de riesgo* × *reducción de riesgo*) — *daño*. Este modelo fue adaptado para poder emplear múltiples parámetros de medición de beneficio o de daño, dando por sentado que sus efectos eran aditivos y tomando en consideración el nivel de incertidumbre asociado. Este método de medición de la calidad de la vida permitió evaluar el impacto que tenía en la salud general el alivio de los síntomas menopáusicos logrado gracias a la HR. Se calcularon los beneficios netos de la HR en pa-

cientes con diferentes niveles iniciales de riesgo de cáncer de mama (de 0,1% a 50%), por ser este el efecto adverso más importante, dada la magnitud del riesgo relativo asociado con la HR, la alta incidencia de la enfermedad y la mortalidad que ocasiona en este grupo de la población. El modelo permitió identificar el nivel de riesgo a partir del cual los posibles daños sobrepasaban a los beneficios.

Para aplicar el modelo se dieron por sentadas tres hipótesis: 1) los años de vida de buena calidad perdidos o ganados debido a los daños o beneficios de la HR eran aditivos; 2) el incremento del riesgo relativo de padecer cáncer de mama asociado con la HR era constante —independientemente del riesgo inicial—, con un incremento lineal del riesgo absoluto directamente proporcional al incremento del riesgo inicial; y 3) el incremento y la reducción del riesgo absoluto asociados con la HR para todos los otros parámetros de medición de los resultados eran constantes, independientemente del nivel inicial del riesgo de padecer de cáncer de mama. La hipótesis del efecto aditivo implica que no existen interacciones entre los efectos de la HR sobre los diferentes parámetros medidos —independientemente del riesgo inicial, del aumento o la reducción del riesgo relativo y del peso que se otorgaba a la calidad de la vida.

Se calcularon la reducción del riesgo relativo (beneficios) y el aumento de ese riesgo (daños) con respecto a cada uno de los trastornos mencionados anteriormente en el grupo de mujeres que emplearon la HR, en comparación con el grupo que no la empleó.

El modelo demostró que la HR ocasionó un daño neto cuando las mujeres sin síntomas menopáusicos la emplearon durante cinco años, y este daño aumentó en relación directa con el riesgo inicial de padecer de cáncer de mama. La pérdida de AVAC asociada con el uso de la HR durante cinco años fue de 0,2 meses en buena salud (AVAC = -0,02; intervalo de confianza de 95% [IC 95%]: -0,04 a 0,00) en mujeres con un riesgo inicial bajo (0,07%); de 0,4 meses (AVAC = -0,03; IC 95%: -0,05 a -0,01) en mujeres con un riesgo inicial mediano (1,2%); de 2,4 meses (AVAC = 0,20; IC 95%: -0,40 a -0,03) en mujeres con un riesgo inicial alto (12%) y de 9,7 meses (AVAC = 0,81; IC 95%: -1,63 a -0,09) en mujeres con un riesgo inicial muy alto (50%).

En promedio, la HR benefició a las mujeres con síntomas de menopausia, y la magnitud del

beneficio disminuyó a medida que aumentó el riesgo inicial de padecer de cáncer de mama. Sin embargo, en estos casos la calidad de la vida estaba asociada con la intensidad de los síntomas. Cuando el riesgo inicial de padecer cáncer de mama era mayor de 35%, la probabilidad de que la HR causara un daño neto era superior al 2,5%. Específicamente, los beneficios netos fueron de una ganancia de 10,7 meses de vida de buena calidad en mujeres con un bajo riesgo inicial (AVAC = 0,89; IC 95%: 0,56 a 1,26); de 10,6 meses en mujeres con un riesgo inicial mediano (AVAC = 0,88; IC 95%: 0,55 a 1,25); de 8,5 meses en mujeres que tenían un riesgo inicial alto (AVAC = 0,71; IC 95%: 0,33 a 1,12), y de 1,2 meses en las que tenían un riesgo inicial muy alto (AVAC = 0,10; IC 95%: -0,78 a 0,89).

La pérdida de AVAC asociada con el empleo de la HR durante cinco años fue de 7 días en mujeres que estaban en perfecto estado de salud y que tenían el menor riesgo inicial (0,7%) de sufrir un cáncer de mama, pero podía llegar a 2,5 meses en las que tenían un alto riesgo inicial (12%).

A pesar de las limitaciones que tiene este trabajo debido a las suposiciones que se hicieron para aplicar los modelos, el análisis de decisión clínica demostró que el uso de la HR para la prevención primaria de enfermedades crónicas en mujeres asintomáticas no está justificado y que los daños netos aumentan a medida que aumenta el riesgo inicial de padecer de cáncer de mama.

En las mujeres que presentan síntomas de menopausia, los beneficios netos asociados con el uso de la HR dependen del impacto de estos síntomas sobre la calidad de la vida. Este impacto varía considerablemente, ya sea por lo variable que puede ser la magnitud de esos síntomas o por la percepción personal de cada mujer acerca del impacto de esos síntomas en su vida cotidiana. Por consiguiente, se debe aplicar un enfoque personalizado para cada mujer, de acuerdo con su riesgo de padecer de cáncer de mama y su percepción del efecto que tienen los síntomas menopáusicos en la calidad de su vida. (Minelli C, Abrams KR, Sutton AJ, Cooper NJ. Benefits and harms associated with hormone replacement therapy: clinical decision analysis. *Br Med J*. 2004;328:71.)

Ciertas percepciones y creencias de las mujeres hispanas en Estados Unidos obstaculizan la prevención del cáncer cervicouterino

La incidencia de cáncer cervicouterino invasor en mujeres de origen hispano en los Estados Unidos de América (EUA) es dos veces mayor que la observada en mujeres blancas que no son hispanas (15,3

frente a 7,1 casos/100 000 mujeres, respectivamente). La mortalidad es también superior en las mujeres hispanas (3,4 casos/100 000) que en las mujeres blancas que no son de ascendencia hispana (2,3 casos/100 000) y esta diferencia es aun mayor entre las mujeres hispanas de las comunidades cercanas a la frontera entre Texas, EUA, y México (5,7 frente a 2,9 casos/100 000 mujeres, respectivamente).

El tamizaje anual de las mujeres en edad fértil mediante la prueba de Papanicolaou puede ayudar a prevenir el cáncer cervicouterino invasor gracias a la detección a tiempo de la displasia cervicouterina, estado precanceroso más fácil de tratar. Sin embargo, las mujeres de origen hispano participan menos en los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino que las mujeres de otros grupos étnicos. Según la Encuesta de Vigilancia sobre Factores de Riesgo Conductuales, realizada en El Paso, Texas, EUA, 16,6% de las mujeres hispanas mayores de 18 años nunca se han sometido a la prueba de Papanicolaou. Las razones de esta actitud son los sentimientos de vergüenza, miedo y desesperanza, la falta de conocimientos acerca del cáncer cervicouterino y del tamizaje, y la carencia de un seguro de salud. La mayoría de los estudios que han evaluado los factores que determinan la poca participación de estas mujeres en el tamizaje de cáncer cervicouterino han abarcado a todos los grupos de edad, por lo que no se dispone de suficiente información acerca de los elementos que influyen específicamente en las mujeres jóvenes de este grupo poblacional.

Este estudio correlacionó los antecedentes de participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino con las creencias, actitudes y características personales de las mujeres de origen hispano de 18 a 25 años de edad que residen en El Paso, área metropolitana ubicada en la frontera entre México y EUA. Para ello se aplicó una encuesta transversal a una muestra de conveniencia compuesta de 200 mujeres de 18 a 25 años de edad que se consideraban a sí mismas hispanas y que asistían a cursos de superación en varios centros de educación para adultos en El Paso.

Se elaboraron varias escalas basadas en el Modelo de Creencias de Salud (*Health Belief Model*), desarrollado en la década de 1950 para explicar el poco uso que se hacía de los servicios de tamizaje y prevención establecidos para la detección y el tratamiento tempranos de enfermedades asintomáticas. Las escalas empleadas fueron diseñadas para evaluar la percepción que tenían las mujeres participantes acerca de su predisposición a padecer de cáncer cervicouterino, la gravedad de esta enfermedad, los beneficios del tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou y las barreras que les impedían someterse al tamizaje. La encuesta también contaba con una escala de aculturación basada en el Índice de Acultura-